

Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation
Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie
im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und
Psychologen (BDP) e. V. (Hrsg.)

Behandlungsschwerpunkte in der somatischen Rehabilitation

**Beiträge zur 31. Jahrestagung
des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation**

**vom
02. – 04.11.2012
im Bildungszentrum Erkner**

Redaktion:

Britta Mai, Bad Nauheim
Daniel Fischer, Göttingen
Andigoni Mariolakou, Ennepetal
Martin Spreen-Ledebur, Bad Eilsen
Katharina Wirtgen, Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942761-17-8

Verlag: Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Umschlag: Ursula Tücks, Köln

Druck: digimediprint GmbH, Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Rechte vorbehalten
© 2012 Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Printed in Germany

ISBN 978-3-942761-17-8

Besuchen Sie uns im Internet: www.psychologenverlag.de

Für den Inhalt der einzelnen Beiträge sind die jeweiligen AutorInnen verantwortlich.

Aktives versus passives Coping

Drei bekannte Coping-Verfahren im Vergleich

Melanie Jagla (1) & Gabriele Helga Franke (2)

(1) Universität Flensburg, Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

(2) Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Einleitung

In den westlichen Industrienationen ist die Veränderung des Krankheitsspektrums durch den kontinuierlichen Anstieg chronischer Erkrankungen gekennzeichnet; chronisch Kranke machen inzwischen allgemein die größte Behandlungsgruppe aus (Bengel et al., 2003). Die adäquate Diagnostik psychischer Aspekte körperlicher Krankheiten (exempl. Franke, 2001), insbesondere auch der Krankheitsverarbeitung, und deren Behandlung kann zur Erhöhung der Compliance und der Anpassungsleistung sowie zur Steigerung der Lebensqualität führen (Bengel et al., 2003; Härter, 2000, 2002). Die Arbeitsgruppe um Jeske (2009) konnte am Beispiel von psychisch kranken Patienten zeigen, dass die elterliche Krankheitsverarbeitung einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder hat, d.h. ein eher depressiver Verarbeitungsstil bei den Eltern ging mit einer geringeren Lebensqualität der Kinder einher. Dementsprechend ist die Erfassung der Krankheitsverarbeitung nicht nur wichtig, um die

Patienten in ihrer Adaption an eine Krankheit, sondern auch, um durch die Intervention des Patienten indirekt sein familiäres und soziales Umfeld zu unterstützen.

Zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung, die nach Mayer und Filipp (2002, S. 307) beschrieben wird als „...all jene Versuche [...], die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen“, stehen im deutschsprachigen Raum verschiedene Instrumenten zur Verfügung (Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007), nachfolgend werden die drei der bekanntesten Fragebogen und je ein exemplarisches Studienergebnis vorgestellt.

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV; Muthny, 1989) wird im Rahmen der Coping-Forschung im deutschsprachigen Bereich am häufigsten eingesetzt. Der FKV liegt in einer Lang- (102 Items, 12 Skalen; Selbst- und Fremdbeurteilung) und einer Kurzform (FKV-LIS; 35 Items, 5 Skalen; Selbstbeurteilung) vor. Der FKV-LIS beschreibt die Krankheitsverarbeitung mit Hilfe der Skalen „Depressive Verarbeitung“ (5 Items, Cronbachs $\alpha=.78$), „Aktives, problemorientiertes Coping“ (5 Items, $\alpha=.73$), „Ablenkung und Selbstaufbau“ (5 Items, $\alpha=.71$), „Religiosität und Sinnsuche“ (5 Items, $\alpha=.68$) sowie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (3 Items, $\alpha=.73$); dementsprechend werden für die Berechnung der Skalen nur 23 der 35 Items herangezogen. Die Beantwortung der Items erfolgt

auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (1=trifft gar nicht zu bis 5=trifft sehr stark zu). Verweyen, Fuchs und Abholz (2007)

untersuchten u.a. die Krankheitsverarbeitung von insgesamt 376 zufällig ausgewählten Patienten mit Diabetes Typ-II in zwei Regionen in Nordrhein-Westfalen und konnten zeigen, dass sich prinzipiell keine statistisch signifikanten Unterschiede im Coping zwischen Patienten mit gut und schlecht eingestelltem Diabetes nachweisen ließen. Geringe Unterschiede zeigten sich zwischen beiden Gruppen in Bezug zum HbA1c-Wert, welcher den mittleren Blutzuckerwert über die letzten acht Wochen darstellt. Hier wiesen die schlechter eingestellten Patienten einen höheren Wert hinsichtlich der depressiven Verarbeitung auf.

Die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK; Klauer & Philipp, 1993) erfragen retrospektiv auf Selbstbeurteilungsebene die Bewältigungsstrategien von Erwachsenen mit schweren körperlichen Erkrankungen. Die 37 Items, die auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (1=nie/ sehr schlecht bis 5=immer/ sehr gut) zu beantwortet sind, werden den fünf Skalen „Rumination“ (9 Items, $\alpha=.78$), „Bedrohungsabwehr“ (8 Items, $\alpha=.77$), „Suche nach sozialer Einbindung“ (9 Items, $\alpha=.76$), „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (8 Items, $\alpha=.82$) sowie „Suche nach Halt in der Religion“ (3 Items, $\alpha=.78$) zugeordnet. Die TSK wurden zur Untersuchung der Bewältigungsstrategien von 25 Patienten nach Laryngektomie und nachfolgender Versorgung mit einer Stimmventil-

Prothese eingesetzt. Schuster, Hoppe, Kummer, Eysholdt und Rosanowski (2003) konnten zeigen, dass die Patienten zur Bedrohungsabwehr neigten, und dass der Mittelwert der Skala Rumination geringer war, wenn sich die zeitliche Distanz zwischen Operation und Ausfüllen des Fragebogens vergrößerte.

Der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK; Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) erfasst die Anpassungsleistungen von Patienten auf der emotionalen, kognitiven und Handlungsebene mit Hilfe von 45 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0=überhaupt nicht und 4=sehr stark) beantwortet werden. Der EFK wurde an 210 Patienten mit Sehbeeinträchtigungen psychometrisch überprüft und zeigte zufriedenstellende bis gute interne Konsistenz ($\alpha=.65$ bis $\alpha=.85$). In einer Stichprobe von 1656 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen wurde eine weitere Untersuchung der Gütekriterien durchgeführt (Jagla & Franke, 2010). Insgesamt wiesen die Skalen des EFK, denen jeweils fünf Items zugeordnet werden, ausreichende Reliabilitätskennwerte auf: „Handelndes, problemorientiertes Coping“ ($\alpha=.80$), „Abstand und Selbstaufbau“ ($\alpha=.63$), „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ ($\alpha=.79$), „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ ($\alpha=.51$), „Depressive Verarbeitung“ ($\alpha=.73$), „Gut Hilfe annehmen können“ ($\alpha=.64$), „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ ($\alpha=.78$), „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ($\alpha=.51$) und

„Erarbeiten eines inneren Haltes“ ($\alpha=.65$). Der EFK wurde eingesetzt, um die Krankheitsverarbeitung von chronisch nierenkranken Patienten vor und nach einer Nierentransplantation zu untersuchen. Jagla, Reimer, Philipp und Franke (2009) konnten zeigen, dass sich die Krankheitsverarbeitung nach der Transplantation ändert; die Patienten wiesen eine signifikant niedrigere depressive Verarbeitung bei höherer Suche nach sozialer Einbindung und weniger Informationssuche auf.

In der Literatur finden sich kritische Betrachtungen von FKV und TSK. Hardt und Kollegen (2003) überprüften den FKV in großen Stichproben von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen (n=1265 Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, n=552 Patienten mit Typ-I- Diabetes und n=81 Patienten mit Harnblasenkarzinom). Es zeigten sich unzureichende Reliabilitätskennwerte für drei der fünf Skalen, weiterhin konnten die fünf Faktoren des FKV nicht repliziert werden. Die Autoren schlagen eine zwei-Faktoren-Lösung mit den Skalen „Aktive Bewältigung“ und „Depressive Verarbeitung“ vor. Der Vergleich von FKV und TSK (Dörner & Muthny, 2008) in einer Stichprobe von N=224 Patienten in der kardiologischen Rehabilitation zeigte, dass die interne Konsistenz der TSK-Skalen insgesamt etwas höher lag, was auf die größere Anzahl der Items pro Skala und die Ausformulierung der Items zurück geführt wurde. Im Gegensatz zur psychometrischen Prüfung von Hardt und Kollegen (2003) wies der FKV in der Stichprobe der kardiologischen Patienten „eine noch hinreichende psychometrische

Qualität auf“ (Dörner & Muthny, 2008, S. 130). Die Korrelation der Skalen beider Verfahren zeigte nur geringe bis mäßige, aber ausschließlich positive Zusammenhänge. Die höchste Korrelation fand sich mit $r=0.59$ zwischen Religiosität/ Sinnsuche (FKV) und Suche nach Halt in der Religion (TSK); weiterhin waren Zusammenhänge zwischen der TSK-Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ und den fünf FKV-Skalen nachweisbar. Eine Faktorenanalyse, deren Ausgangspunkt alle FKV- und TSK-Skalen waren, ergab drei Faktoren, die als „aktiver Umgang“, „depressive Verarbeitung“ und „Religiosität“ bezeichnet wurden (Dörner & Muthny, 2008).

Methodik

Fragestellungen: Die vorliegende Studie ist eine Re-Analyse vorhandener Daten. Abgeleitet aus den Erkenntnissen von Hardt und Kollegen (2003) wird die interne Konsistenz der drei vorgestellten Verfahren geprüft. Weiterhin wird untersucht, ob sich für die vorgestellten Verfahren eine Zwei-Dimensionalität darstellen lässt.

Stichprobenbeschreibungen: Die erste Stichprobe von $N=210$ Patienten mit Augenerkrankungen setzt sich aus 117 männlichen (55.7%) und 93 weiblichen (44.3%) Patienten im durchschnittlichen Alter von 55.5 Jahren (SD 12.3, range 20-84) zusammen. In dieser Stichprobe wurde die Krankheitsverarbeitung mit Hilfe des EFK

und des FKV erhoben. In der zweiten Stichprobe befinden sich N=392 Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen im Alter von durchschnittlich 46.6 Jahren (SD 19.9; range 13-84), 40.6% (n=159) waren männlich, 59.4% (n=233) weiblich. Die Krankheitsverarbeitung wurde in dieser Stichprobe mit Hilfe des EFK und der TSK erfasst.

Vorgehen: Im ersten Schritt wurde für alle Verfahren die interne Konsistenz bestimmt. Im zweiten Schritt wurden Faktorenanalysen über die Skalen der jeweiligen Verfahren gerechnet, um zu prüfen, ob sich die von Hardt und Kollegen (2003) vorgeschlagenen Dimensionen des aktiven und passiven Copings auf übergeordneter Ebene finden.

Ergebnisse

Reliabilitätsprüfung FKV und EFK in der Stichprobe von 210 Patienten mit Augenerkrankungen

In der vorliegenden Stichprobe wiesen die fünf Skalen des FKV Reliabilitätskoeffizienten zwischen $\alpha=.51$ und $\alpha=.70$ auf; die interne Konsistenz der neun EFK-Skalen fiel höher aus und lag zwischen $\alpha=.65$ bis $\alpha=.85$. Eine ausführliche Darstellung findet sich in Tabelle 1.

Reliabilitätsprüfung TSK und EFK in der Stichprobe von 392

Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen

Die fünf Skalen der TSK wiesen in dieser Stichprobe eine interne Konsistenz zwischen $\alpha=.72$ und $\alpha=.81$ auf; Cronbachs Alpha der neun EFK-Skalen war zum Teil deutlich geringer und lag zwischen $\alpha=.51$ bis $\alpha=.78$. Die Werte der einzelnen Skalen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die TSK im Vergleich zum FKV höhere Reliabilitätskennwerte aufwiesen. Der EFK zeigte stichprobenabhängig deutliche Differenzen in der internen Konsistenz; Cronbachs Alpha lag für die Mehrzahl der Skalen in der homogenen Stichprobe der Patienten mit Sehbeeinträchtigungen höher. Im Vergleich der drei Verfahren wiesen die TSK die stabilere interne Konsistenz auf.

Tabelle 1: Mittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenz der FKV- und EFK-Skalen

FKV(Stichprobe 1: N=210)		TSK(Stichprobe 2: N=392)		EFK(Stichprobe 1 sowie 2)		
Skala	Alpha	Skala	Alpha	Skala	Alpha	Alpha
DV	.70	RU	.81	HPC	.85	.77
APC	.70	SS	.77	AUS	.75	.67
AUS	.71	BA	.72	IUE	.83	.74
RUS	.62	SI	.81	BWB	.51	.51
BUW	.51	SR	.75	DV	.71	.75
				GHA	.67	.65
				ASS	.80	.78
				VIA	.72	.70
				EIH	.65	.64

Faktorenanalyse

In Anlehnung an Hardt und Kollegen (2003) wurde für alle drei Verfahren eine Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation und Voreinstellung auf zwei Faktoren sowie der Unterdrückung von Ladungen $<.40$ gerechnet. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 2.

Faktorenanalyse des FKV und des EFK in der Stichprobe von 210 Patienten mit Augenerkrankungen

Drei der fünf FKV-Skalen luden erwartungsgemäß auf einem Faktor, der als "aktives Coping" bezeichnet werden kann; die Skalen "Bagatellisierung und Wunschdenken" sowie "Depressive Verarbeitung" wiesen Ladungen von $>.80$ auf dem zweiten Faktor auf, der dementsprechend als "passives Coping" beschrieben wird.

Die EFK-Skala "Vertrauen in die ärztliche Kunst" wies trotz der Voreinstellung auf Faktorladungen $>.40$ eine Doppelladung auf, weitere Doppelladungen fanden sich nicht. Auch für den EFK bildeten sich die Faktoren „aktives Coping“ und „passives Coping“ ab. Den aktiven Bewältigungsstrategien wurden acht Skalen, den eher passiven Strategien die zwei Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ zugeordnet; dabei ist zu beachten, dass die Skala VIÄ doppelt, auf dem passiven Faktor mit einem negativen Wert von $-.641$ aber höher, lädt.

Faktorenanalyse der TSK in der Stichprobe von 392 Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen

Die Faktorenanalyse über die fünf TSK-Skalen mit Voreinstellung auf zwei Faktoren ergab eine einfaktorielle Lösung, da der zweite Faktor einen Eigenwert <1 aufwies. Eine Differenzierung in „aktives und passives Coping“ war bei den TSK nicht möglich.

Die EFK-Skalen „Depressive Verarbeitung“, „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ sowie „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ zeigten eine klare Zuordnung zum 2. Faktor, der als „passives Coping“ beschrieben werden kann. Die weiteren sechs Skalen des EFK waren mit hohen ($>.60$) Ladungen dem als „aktives Coping“ beschriebenen Faktor zugehörig. Doppelladungen fanden sich in dieser Stichprobe nicht.

Tabelle 2: Darstellung der Ergebnisse der Faktorenanalyse der drei Verfahren in den zwei Stichproben

FVK (Stpr. 1)			TSK (Stpr. 2)		EFK (Stpr. 1)			EFK (Stpr. 2)	
Skala	Faktor1	Faktor2	Skala	Faktor1	Skala	Faktor1	Faktor2	Faktor1	Faktor2
AUS	.863		SI	.776	AUS	.856		.830	
APC	.804		RU	.736	ASS	.787		.620	
RUS	.632		SS	.722	HPC	.775		.763	
BUW		.863	BA	.713	GHA	.771		.776	
DV		.805	SR	.579	EIH	.677		.716	
					IUE	.655		.645	
					BWB	.443			.644
					DV		.808		.798
					VIA	.421	-.641		-.613

Diskussion

Da (chronisch) somatische Erkrankungen oft mit psychischen Aspekten wie einer maladaptiven Anpassung an die Krankheit und einer herabgesetzten Lebensqualität einhergehen, sollte der Diagnostik von Bewältigungsstrategien größere Beachtung geschenkt werden. Psychologische Interventionen können die Compliance, die Bewältigung und die Lebensqualität des Patienten steigern (Härter, 2000, 2002) und indirekt auch positive Auswirkungen auf sein soziales Umfeld haben. Zur Erfassung der Bewältigungsstrategien stehen im deutschsprachigen Bereich der FKV, die TSK und der EFK zur Verfügung. Hardt und Mitarbeiter (2003) unterzogen den FKV in einer großen Stichprobe von Patienten mit verschiedenen somatischen

Erkrankungen einer Prüfung. Sie kritisierten die geringen Reliabilitätskoeffizienten und die nicht replizierbare Faktorenstruktur. Die Überprüfung des FKV legte eine zweifaktorielle Lösung mit einer Einteilung in aktive und passive Bewältigungsstrategien nahe. In Anlehnung an die von Hardt und Kollegen (2003) gefundenen Ergebnisse wurden die interne Konsistenz des FKV, der TSK und des EFK in zwei Stichproben untersucht. Weiterhin wurde für jedes Verfahren eine Faktorenanalyse über die Skalen gerechnet mit dem Ziel, Faktoren zweiter Ordnung, die als aktives und passives Coping bezeichnet werden können, zu finden.

Die Analyse der Reliabilität zeigte, dass die TSK im Vergleich zu den beiden anderen Verfahren die stabilsten Werte aufwies. Der FKV zeigte mit Werten zwischen $\alpha=.51$ und $\alpha=.70$ deutlich geringere interne Konsistenzen. Beim EFK wurde eine Stichprobenabhängigkeit deutlich; die homogene Gruppe der Patienten mit Augenerkrankungen zeigte bei fast allen Skalen ein höheres Cronbachs Alpha als es in der Stichprobe von N=392 Patienten mit verschiedenen somatischen Erkrankungen zu verzeichnen war. Zukünftige Forschungsvorhaben sollten an diesem Punkt neben der Verwendung von Querschnittdaten auch auf die Erfassung von Längsschnittdaten zurückgreifen können, um die Stabilität der Reliabilität in einer Stichprobe im Laufe der Zeit zu prüfen.

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse mit Voreinstellung auf zwei Faktoren ergaben für den FKV und den EFK hypothesenkonform zwei Bewältigungsdimensionen, die als aktives und passives Coping bezeichnet werden können. Für die TSK konnte die voreingestellt zweifaktorielle Lösung aufgrund eines zu geringen Eigenwertes des zweiten Faktors nicht erreicht werden. Diese Eindimensionalität ermöglicht keine Differenzierung in aktives und passives Coping. Beim FKV konnte eine klare Zuordnung der einzelnen Skalen zu den beiden übergeordneten Faktoren dargestellt werden. Für den EFK zeigte sich auch hier eine Stichprobenabhängigkeit; in der ersten Untersuchungsgruppe (N=210 Patienten mit Augenerkrankungen) wurde die Skala „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ dem Faktor „aktives Coping“ zugeordnet, in der zweiten Stichprobe zeigt sich eine Zuordnung auf dem Faktor „passives Coping“. Die Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ zeigte in der ersten Untersuchungsgruppe eine Doppelladung. Dies könnte im Sinne einer aktiven Strategie als Compliance und im Sinne einer passiven Strategie als externale Kontrollüberzeugung und damit als fehlende Aktivität bzw. Eigeninitiative interpretiert werden. Hinsichtlich dieser Skala ist zu beachten, dass in den TSK dieser Aspekt nicht berücksichtigt wird. Im FKV wird zwar nach dem Vertrauen in die Ärzte und in die medizinische Behandlung gefragt, allerdings werden diese Items nicht zur Skalenbildung herangezogen, so dass sie auch unberücksichtigt bleiben. In der zweiten Stichprobe

(N=392 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen) zeigte sich für den EFK eine deutliche zwei-dimensionale Faktorenstruktur ohne Doppelladungen, die klar für die beiden übergeordneten Faktoren spricht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die von Hardt und Kollegen (2003) vorgeschlagenen Dimensionen von „aktivem und passivem Coping“ nur für den FKV und den EFK darstellen lassen; die TSK weisen eine eindimensionale Faktorenstruktur auf.

Perspektivisch sollte die Coping-Forschung diesen Grundgedanken, übergeordnet zwischen den Dimensionen „aktives und passives Coping“ zu differenzieren, beibehalten, um eine erste Einschätzung der Krankheitsbewältigung vornehmen zu können und dann mit Hilfe der Skalen die Bewältigungsstrategien der Patienten differenzierter zu betrachten, um adäquate Interventionen abzuleiten und anzubieten. Weiterhin sollte aber auch berücksichtigt werden, dass die vorliegenden Verfahren noch immer eine Vielzahl von Items beinhalten, die nicht immer zur Skalenbildung herangezogen werden. Um den (chronisch) kranken Patienten bei der Erfassung seiner Bewältigungsstrategien weniger zu belasten, sollten hier Kurzversionen der Verfahren entwickelt werden.

Literatur

- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegic, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung - Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 53, 83-93.
- Dörner, U. & Muthny, F.A. (2008). Testgüte-Vergleich von zwei Instrumenten zur Krankheitsverarbeitung in der kardiologischen Rehabilitation - Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) und Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 125-132.
- Franke G.H. (2001) Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 33, 475-485.
- Franke, G.H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 41-55.
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 166-172.

- Hardt, J., Petrak, F., Tiber Egle, U., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 41-50.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 41, 357-366.
- Härter, M. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 274-286.
- Jagla, M. & Franke, G.H. (2010). Wer bewältigt wie? Krankheitsbewältigung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.) *Trends in der medizinischen Rehabilitation* (S. 71-86).
- Jagla, M., Reimer, J., Philipp, T. & Franke, G.H. (2009). Krankheitsverarbeitung chronisch Nierenkranker vor und nach Nierentransplantation – Einsatz des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 63-71.
- Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F. & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 207-213.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Hogrefe.

- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 307-310). Göttingen: Hogrefe.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Göttingen: Beltz Test.
- Schuster, M., Hoppe, U., Kummer, P., Eysholdt, U. & Rosanowski, F. (2003). Krankheitsbewältigungsstrategien laryngektomierter Patienten. *Zeitschrift für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*, 51, 337-343.
- Verweyen, C., Fuchs, A. & Abholz, H.-H. (2007). Einfluss von Copingstrategien und Compliance auf die Güte der Einstellung von Typ-II-Diabetikern. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83, 51-56.

Dipl. Rehapsych. (FH) Melanie Jagla, M.Sc.

Universität Flensburg

Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Auf dem Campus 1

29243 Flensburg

Email: melanie.jagla@uni-flensburg.de